ACTAS Dermo-Sifiliográficas 116 (2025) 423–424

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at www.actasdermo.org

FORO DE RESIDENTES

FR - Actualización en el tratamiento de la alopecia areata

RF - An Update on the Treatment of Alopecia Areata

E.L. Pinto-Pulido[a,*], **E. García-Verdú**[a] **y D. Vega-Díez**[a,b]

[a] *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España*
[b] *Servicio de Dermatología, Instituto Médico Ricart, Madrid, España*

PALABRAS CLAVE
Alopecia areata;
Alopecia;
Terapéutica dermatológica;
Inhibidores JAK;
Corticoterapia;
Dermatología pediátrica

KEYWORDS
Alopecia areata;
Alopecia;
Dermatological therapy;
JAK inhibitors;
Corticosteroid therapy;
Pediatric dermatology

La alopecia areata (AA) afecta de forma significativa múltiples aspectos de la vida de los pacientes y sus familias[1]. Recientemente *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* ha publicado un documento de consenso sobre su tratamiento sistémico[2].

En primer lugar, consideran indicación para iniciar terapia sistémica una afectación moderada o grave, lo que se corresponde con una puntuación mayor o igual a 20 en la escala *Severity of Alopecia Tool* (SALT). En estos pacientes, proponen un algoritmo de manejo que incluye como primera línea los inhibidores de *Janus Kinasa* (iJAK) y, en casos de enfermedad activa, corticoterapia. Si los iJAK no están disponibles o están contraindicados aconsejan considerar ciclosporina (3-5 mg/kg/día) como segunda línea y metotrexato (15-25 mg/semana) como tercera, pudiendo combinar estos tratamientos con corticoterapia. Además, todas estas terapias se pueden combinar con minoxidil oral a dosis bajas[2].

Los iJAK, son los únicos tratamientos aprobados para AA por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la *Food and Drug Administration* (FDA), en concreto baricitinib (en >18 años) y ritlecitinib (en >12 años). Baricitinib (inhibidor de JAK 1 y 2) se recomienda a dosis de 4 mg/día, pudiendo reducir la dosis a la mitad en mayores de 75 años, pacientes con antecedentes de infecciones crónicas o recurrentes o como tratamiento de mantenimiento una vez alcanzada estabilidad clínica. Ritlecitinib (inhibidor de JAK 3 y *Tyr protein-kinase cytosolic enzymes* [TEC]) se encuentra aprobado a dosis de 50 mg y requiere realizar un control periódico

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: elucia.pinto95@gmail.com (E.L. Pinto-Pulido).

https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.04.029
0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

de las cifras de plaquetas y linfocitos. Existen otros iJAK que se utilizan fuera de indicación (tofacitinib, ruxolitinib y upadacitinib) o están en investigación (brepocitinib y deuruxolitinib)[2]. En pacientes con AA, los efectos adversos más frecuentes de los iJAK son cefalea y acné, sin aumento del riesgo de eventos graves[3]. Sin embargo, en 2023 la EMA aconsejó utilizarlos sólo en ausencia de otra alternativa en >65 años, pacientes con aumento del riesgo cardiovascular o de desarrollo de cáncer o fumadores (o exfumadores durante largo tiempo) y con precaución en aquellos con riesgo de tromboembolismo venoso[4]. A pesar de que estas recomendaciones se basaron en un estudio de pacientes con artritis reumatoide, se deben tener en cuenta a la espera de más evidencia al respecto[2].

Con respecto a la corticoterapia, se puede considerar prednisolona oral (entre 0,4 y 0,75 mg/kg/día), dexametasona oral (0,1 mg/kg/día dos días consecutivos a la semana) o acetónido de triamcinolona intramuscular (hasta 40 mg una vez a la semana), sin existir consenso sobre la opción preferida[2].

Se debe cambiar de estrategia terapéutica si no se ha alcanzado el objetivo pasadas 24-36 semanas. Para disminuir el riesgo de recidivas, una vez logrado el recrecimiento completo, se debería mantener el tratamiento utilizado de 6 a 12 meses más, siendo frecuente requerir tratamiento de mantenimiento a largo plazo (al menos tres años). Sin embargo, aconsejan limitar la duración de la corticoterapia, sin concretar el tiempo de tratamiento recomendado[2].

En edad pediátrica recomiendan ritlecitinib en mayores de 12 años y entre 3 y 6 años considerar corticoides, tofacitinib o metotrexato[2].

A pesar de estas pautas generales, la indicación, duración y tipo de tratamiento se deben individualizar en cada paciente[2].

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la realización para este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Muntyanu A, Gabrielli S, Donovan J, Gooderham M, Guenther L, Hanna S, et al. The burden of alopecia areata: A scoping review focusing on quality of life, mental health and work productivity. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023, http://dx.doi.org/10.1111/jdv.18926. Online ahead of print.
2. Rudnicka L, Arenbergerova M, Grimalt R, Ioannides D, Katoulis AC, Lazaridou E, et al. European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;00:1–8, http://dx.doi.org/10.1111/jdv.19768.
3. Papierzewska M. Waskiel-Burnat A. Rudnicka L. Safety of Janus kinase inhibitors in patients with alopecia areata: a systematic review. Clin Drug Investig. 43. 325-334. doi:10.1007/s40261-023-01260-z.
4. European Medicines Agency. EMA confirms measures to minimise risk of serious side effects with Janus kinase inhibitors for chronic inflammatory disorders (EMA/142279/2023). Amsterdam.: European Medicines Agency; 2023.